Ueber

ENTZÜNDUNG

der

PFORTADER.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Fakultät

in

ERLANGEN

vorgelegt

am 8. April 1851

von

HERMANN REUTER

Dr. med.

aus

Nürnberg.

ERLANGEN, 1851

gedruckt bei P. Junge & Sohn.

PODARTACEA.

VORWORT.

Ein und ein halbes Jahr sind seit meiner Promotion verflossen, und jezt erst übergebe ich meine Inaugural-Dissertation dem Drucke. Schuld daran ist mein gleich nach der Promotion erfolgter Wiedereintritt als Assistent im Nürnberger Krankenhause, das ich nur verliess, um in einen anderen Wirkungskreis einzutreten, in welchem sich noch weniger Muse oder Aufforderung zu einer derartigen Arbeit finden liess. Im Jahre 1849 hatte ich als Assistent der unter Leitung des H. Dr. Lochner stehenden medicinischen Abtheilung des Nürnberger Krankenhauses Gelegenheit, einen Fall von Pfortaderentzündung zu beobachten. Da nun die Zahl der Beobachtungen über diese Krankheit im Verhältniss zu andern noch immer eine geringe zu nennen ist, und über Symptomatologie und Diagnostik die-

ser Krankheit noch Manches festzusetzen seyn dürfte, so glaubte ich, dass auch ein geringer Beitrag willkommen seyn kann. Dies allein konnte mich auch bestimmen, das einmal gewählte Thema festzuhalten, obwohl mir dessen Bearbeitung durch die lange Zögerung so ziemlich verleitet worden war.

Nürnberg. Im April 1851.

Dr. Reuter.

Die ersten Beobachtungen über Pfortaderentzündung wurden erst im dritten Decennium dieses Jahrhunderts bekannt gemacht; denn die Fälle, welche Meckel und Bichat zwanzig Jahre früher beobachteten und in welchen sich die Pfortader und die nächst liegenden Venen krankhaft verändert fanden, gehören streng genommen nicht hieher, da in ihnen die Pfortaderentzündung nicht als die ursprüngliche Krankheit erkannt und angenommen wurde. Seitdem ist die Aufmerksamkeit auf diese Krankheit hingelenkt worden, und wir finden eine ziemliche Anzahl von Fällen an verschiedenen Orten aufgezeichnet. Die einschlagende Litteratur bis 1844 findet man vollständig in Puchelt's Venensystem (II. Theil 1844 P. 137). Auch in Canstatt's Jahresbericht ist eine Reihe von Fällen zusammengestellt; nämlich im Jahrgang 1843 (Bd. III. P. 279) und 1846 (Bd. III. P. 194); ferner von Oppolzer in der Prager Vierteljahrsschrift Bd. I. 1846, in Schuh's Zeitschrift der Wiener Aerzte von demselben Jahre, von Niess in den Heidelberger medicinischen Annalen (1846, XII. P. 3) von Beckhaus in Casper's Wochenschrift 1848 Nro. 18 und endlich in Graevell's Notizen

(1848. I. Jahrgang II. Abtheilung). Leider war es mir nicht möglich, alle eben angeführten Schriften zur Benützung erhalten zu können, und endlich unter den mir zugänglichen Beobachtungen finden sich einzelne Fälle, in welchen die Pfortaderentzündung mit anderen Krankheiten z. B. Medullarsarkom complicirt war, so dass die Reinheit der Beobachtung getrübt ist und man diese Fälle kaum als solche von primärer Entzündung der Pfortader ansprechen kann. Auf diese wird bei der Aetiologie und Symptomatologie keine Rücksicht genommen werden. Zunächst will ich nun mit der einfachen Darlegung des von uns beobachteten Krankheitsfalles beginnen:

Leonhard Ellinger, 26 Jahre alt, Brauknecht und beurlaubter Soldat, von kräftigem, blühendem Aussehen, war bisher vollkommen gesund; auch soll er nach der Aussage anderer dem Trunke nicht ergeben gewesen seyn, was bei unseren Brauknechten freilich eine ungewöhnliche Erscheinung wäre. Am 12. Januar 1849 wurde er in's Krankenhaus aufgenommen und das erste Krankenexamen ergab Folgendes: Seit 14 Tagen mangelte die Esslust, und zugleich waren Schmerzen in der Magengegend vorhanden; erst in den letzten Tagen war heftige Diarrhoe (10—12mal in 24 Stunden) ohne Leibschmerzen eingetreten. Ueber die Farbe der Ausleerungen wusste er Nichts anzugeben. Jenen Schmerz fühlt er zwar beständig, doch ist er ihm, wenn er ruhig liegt, nicht sehr lästig. Der Kopf ist frei von allen krankhaften Erscheinungen, das Aussehen des Kranken ist heiter, die

Gesichtsfarbe gesund, die Zunge etwas trocken, an den Seitentheilen weissschleimig belegt, in der Mitte ein vom Beleg freier, blassröther Streifen. Der Durst ist stark. Bei der Untersuchung des Unterleibs zeigte er 2—3 Zoll unter dem *processus ensiformis* des *sternum* Empfindlichkeit gegen tieferen Druck; doch ist dies eine bei den verschiedensten Krankheiten vorkommende Erscheinung und desshalb wurde kein besonderer Werth darauf gelegt. Die Hitze der Haut war gross, der Puls voll, beschleunigt. Man betrachtete es als eine rheumatische Diarrhoe, die bei der nasskalten Witterung damals häufig vorkam und gab eine *Emulsio* mit *Laudanum*.

13. Januar (2. Tag). Der Schlaf war gut. Der Durchfall hat nachgelassen. Um 7 Uhr Morgens tritt ein heftiger Frostanfall ein, der fast eine Stunde dauert, nachher Hitze und Schweiss. Gegen Abend ist der Puls ruhig, der Kranke fühlt sich ziemlich wohl, nur der dumpfe Schmerz in der Magengegend dauert fort. Man glaubte, es werde sich eine *intermittens* entwickeln und liess die verordnete Arznei fortgebrauchen.

14. Jan. (3.) Morgens 3 Uhr will er wieder einen Frostanfall gehabt haben, doch ist der Puls während der Morgenvisite ganz ruhig. Abends gegen 5 Uhr tritt ein leichter Frostschauer ein mit darauffolgender starker, brennender Hitze und reichlichem Schweisse. Der Appetit-Mangel dauert fort; ebenso der Zungenbeleg. Zur Beseitigung der gastrischen Erscheinungen erhält er ein *Emeticum* aus *Pulv. rad. ipecac.* ʒβ, worauf er eine geringe Menge galliggefärbter Flüs-

sigkeit erbricht. Der Durchfall ist nicht wiedergekehrt.

15. Jan. (4.) Diesen Morgen ganz deutliche Intermission des Fiebers, der Puls ist ruhig. Nachmittags abermals ein Frostanfall und darauf starke Hitze. Da nun während der letzten drei Tage täglich ein Frostanfall mit dem nachfolgenden Hitzestadium eingetreten war, und ausserdem ein nächtlicher Anfall von dem Kranken selbst nur als ein leichter Frostschauer angegeben worden, auch an dem Pulse vier Stunden darauf keine Abnormität mehr zu bemerken war, so glaubte man eine *febris interm. quotid.* vor sich zu haben und verordnete *Chinin. sulph.* zweistündlich *gr. jj.*

16. Jan. (5.) Nachmittags um 2 Uhr tritt ein Fieberanfall ein, aber minder heftig als die vorhergehenden. Der Schmerz in der Magengegend, sowie Appetit-Mangel bleiben sich gleich. Die Zunge noch belegt, aber feucht. Der Puls ist in der fieberfreien Zeit ganz ruhig. — Fortgebrauch des *Chinin. sulph.*

17. Jan. (6.) Morgens 2 Uhr und Nachmittags 2 Uhr Fieberanfälle. Das Schmerzgefühl an der oben beschriebenen Stelle ist stärker geworden; er äusserte heute lebhafte Klagen darüber. — *X. hirud. ad partem dolentem.* Fortgebrauch des *Chinin. sulph.* mit Zusatz von *Opium.*

18. Jan. (7.) Morgens 4 Uhr ein Anfall wie bisher mit Frost, Hitze und Schweiss; Nachmittags zwischen 3 und 4 Uhr tritt starker Schweiss ein, ohne dass er sich eines vorhergegangenen Frostanfalles erinnert.

Die Blutegelwunden haben sehr stark nachgeblutet, das schon oft erwähnte Schmerzgefühl hat sich vermindert.

Chinin. sulph. mit *Opium.*

19. Jan. (8.) Kein Anfall. Die Klagen über stechende Schmerzen unter dem *proc. ensif.* sind wieder stärker, Esslust fehlt, der Stuhlgang ist normal. Die Haut ist feucht und von normaler Temperatur.

Chinin. sulph. mit *Opium.* — *Ung. hydr. ciner.* zum Einreiben in der Oberbauchgegend.

20. Jan. (9.) Nachmittags zwischen 3 und 4 Uhr ein Fieberanfall. Die übrigen Erscheinungen haben sich nicht verändert.

Mit *Chinin. sulph.* wird ausgesetzt, mit den Einreibungen fortgefahren.

21. Jan. (10.) In der letzten Nacht um 1 Uhr abermals ein Anfall, jedoch schwach. Seit mehreren Tagen Stuhlverstopfung.

Clysma. — *Chinin. sulph.* mit *Op.* wird wiederum gegeben, da die Fieberanfälle einmal ganz ausgesetzt hatten und dann wieder schwächer erschienen waren; nur befremdet die Fortdauer des Schmerzes unter dem *proc. ensif.*

22. Jan. (11.) Kein Anfall mehr, aber auch keine Intermission des Fiebers. Der Puls war von jetzt an immer gereizt, ziemlich frequent. Das Schmerzgefühl an der bezeichneten Stelle ist stärker.

XII. hirud. ad part. dolent.

23. Jan. (12.) Der Puls ist heute ruhiger; die Haut ist feucht, ebenso die Zunge. Er hat Verlangen nach Essen; der Durst ist stark.

24. Jan. (13.) Der Schmerz unter dem *proc. ensif.* ist heute nach seiner Aussage geringer; auch ist er wenig empfindlich gegen leichten Druck; die Pulsfrequenz ist jedoch bedeutend, die Haut heiss.

25. Jan. (14.) Da der Unterleib sich weniger empfindlich zeigte, so sah man sich veranlasst, eine genaue Untersuchung desselben vorzunehmen, und fand einen vollkommen matten Percussionston, entsprechend einer Linie, die man sich von der letzten falschen Rippe der linken Seite durch den Nabel zu der Ileocoecalgegend gezogen denkt. Nur in der Magengegend war der Ton in geringem Umfange tympanitisch. Der matten Stelle entsprechend fühlt der anschlagende Finger deutlich Fluktuation. Lässt man den Kranken eine Zeit lang stehen, so ist der Ton weniger matt. Dass man es mit einer schon weit vorgeschrittenen Peritonaeitis zu thun habe, war nun handgreiflich, aber dunkel blieben doch das Auftreten derselben, der Verlauf und die anfangs mit so bestimmter Intermission aufgetretenen Schüttelfröste. An eine antiphlogistische Behandlung war nicht mehr zu denken, man gab ein *China-decoct* und *Digitalis.*

26. Jan. (15.) Starkes Fieber, sonst *stat. id.*

27. Jan. (16.) In der letzten Nacht mehrere Entleerungen gelbgefärbter, kothiger Massen, welche mit weissen Flocken vermischt sind, wie sie in der Dysenterie vorkommen.

28—29. Jan. (17—18.) Starker Collapsus. Die Durchfälle werden durch Morphium nur auf kurze Zeit sistirt. Die Empfindlichkeit verbreitet sich all-

mählich über den ganzen Unterleib, er fängt an aufgetrieben zu werden, die Fluktuation wird deutlicher.

Gar kein Verlangen nach Speisen, heftiger Durst ist vorhanden. Der Puls ist klein, weich, sehr frequent.

30. Jan. (19.) Befinden des Kranken wie gestern. Da sich verschiedene in dem bisherigen Krankheits-Verlaufe aufgetretene Erscheinungen aus einer gewöhnlichen Peritonaeitis nicht erklären liessen, so kam man auf eine Vergleichung unseres Falles mit der von uns noch nie beobachteten Pfortader-Entzündung und endlich mit ziemlicher Sicherheit zu der Annahme, dass wir diese Krankheit vor uns hätten. Die nähere Auseinandersetzung wird weiter unten erfolgen.

31. Jan. (20.) Der Collapsus nimmt täglich zu, starke Abmagerung, auffallende Veränderung der Gesichtszüge tritt ein. Das Fieber dauert in gleicher Heftigkeit fort. Der Unterleib ist gespannt, aufgetrieben, sehr empfindlich, das Exsudat nimmt zu. Die Haut ist trocken.

1. Februar. (21.) Eintritt nächtlicher Delirien. Häufiges Erbrechen grasgrüner Flüssigkeit. Stuhlgang angehalten. Der Kranke bekommt nur einzelne Dosen Morphium.

2. Febr. (22.) Die Delirien dauern auch am Tage fort. Er wird von heftigem Durste gequält, erbricht aber alles Genossene; heftiger Durchfall, welcher gelblich gefärbt und mit den oben erwähnten weissen Flocken durchmengt ist. Der Leib ist sehr auf-

getrieben, und am Abend, wo schon vollkommene Bewusstlosigkeit eingetreten war, schreit er bei Berührung laut auf. Der Puls ist flatternd, unzählbar.

3. Febr. (23.) Alle Erscheinungen haben sich verschlimmert. Unter heftigem Aufschreien stirbt er Morgens 10 Uhr.

Sektionsbefund. Zeit der Sektion 19 Stunden *p. m.*

Todtenstarre noch vorhanden. Schmutziges Aussehen der Haut, sehr starke Abmagerung, das Fett überall resorbirt. Die Muskeln haben die eigenthümliche Färbung wie beim Typhus.

Kopfhöhle. Die grösseren und kleineren Venen der Gehirnhäute und des Gehirns sind ziemlich stark mit Blut angefüllt. Die Gehirnsubstanz selbst fühlt sich derb an.

Brusthöhle. Die Lungen sind ganz gesund. Im Herzbeutel ist etwas Flüssigkeit. Beide Ventrikel sind blutleer.

Bauchhöhle. Bei der Eröffnung derselben fliesst sogleich viel grünlichtweisse, mit einzelnen lockeren Faserstoffgerinnungen gemengte Flüssigkeit aus; in dem unteren Theile der Bauchhöhle hat sich dasselbe schon in gallertartige, sehr leicht zerreissliche Massen verwandelt. Alle Organe der Unterleibshöhle, so wie auch die Parietalplatte des Peritonaeums sind mit leicht abstreifbarem, flockigem Exsudate überzogen, mehr oder weniger untereinander verklebt; besonders stark sind diese frischen Adhäsionen zwischen dem Netz und der Parietalplatte des Bauchfelles, so

wie zwischen einzelnen Schlingen des *colon transversum*, welche so fest verwachsen sind, dass ihre Trennung unmöglich und auf einem Durchschnitte die Richtung des Darmrohres nur an den Längs-Muskel-Fasern zu erkennen ist. Auf dem Peritonaealüberzuge des Magens und der Milz sind die Auflagerungen mehrere Linien dick, haben eine geschlossene Höhle gebildet, in welcher dieselbe Flüssigkeit, wie in dem übrigen Theile der Bauchhöhle mit Faserstoffgerinnungen vermischt enthalten ist. Um nun eine genaue Untersuchung vornehmen zu können, wurden Blind- und Dickdarm, Magen, Milz, Pankreas sammt der *aorta abdominalis*, der *vena cava ascendens* und einem Theile des Zwerchfelles zu gleicher Zeit herausgenommen. Mit der Untersuchung der Leber wurde begonnen. Auf der concaven Seite derselben wurden mehrere Einschnitte gemacht und man traf in dem mittleren und Spiegel'schen Lappen auf mehrere grosse Eiterkanäle, welche dicken, gelben Eiter enthielten und sich bei genauer Nachforschung als abnorm erweiterte Verzweigungen der *vena portarum* erwiesen; auch die kleinsten Aeste derselben waren noch mit Eiter angefüllt, indem jeder Durchschnitt des umliegenden Gewebes eine Menge weisser Punkte zeigte, aus welchen bei Druck sich Eiter wie aus einem Schwamme ausdrücken liess. Nur die oberste Schichte der convexen Seite der Leber war frei von diesen mit Eiter erfüllten Venen. Die Pfortader selbst war enorm erweitert, in eine grosse Eiterhöhle verwandelt; die innere Venenhaut war mit leicht abziehbarem, graulichweis-

sem Exsudate bedeckt, die Venenhäute selbst verdickt. Das umgebende Leberparenchym hatte ein äusserst missfarbiges, grünlichgraues Aussehen, war mit kleinen Eiterablagerungen durchsetzt, welche nicht wie in dem übrigen Theile der Leber in den Venen, sondern hier in dem Lebergewebe selbst ihren Sitz hatten. Die *vena lienalis* war von ihrer Vereinigung mit der *vena mesaraica* an ebenfalls verdickt, auf ihrer inneren Fläche mit Exsudat bedeckt und mit röthlichem Eiter angefüllt. Gleich hinter der Vereinigungsstelle mit der *v. mesar.* nach der Milz hin fand sich ein Blutcoagulum, das reines Faserstoffgerinnsel als Kern hatte; weiter nach der Milz hin war die Vene normal. Die *vena mesaraica* war bis in ihre feinsten Verzweigungen entzündet und mit Eiter angefüllt, so dass auf einem Durchschnitte des sehr verdickten Mesenteriums sich überall die klaffenden Mündungen der kleinen Venen zeigten und Eiter hervorquellen liessen. Die Gallenblase war mit hellgrüner Flüssigkeit angefüllt, ihre Ausführungsgänge nicht verschlossen.

Die Milz war über das Doppelte ihres Volumens vergrössert, sehr blutreich und brüchig, hatte auf der Durchschnittsfläche ein schmutzigrothes Ansehen.

Die Nieren waren ganz normal.

Die Schleimhaut des Darmkanales zeigte sich durchweg sehr blutreich; an der Blinddarmklappe und auch eine Strecke nach aufwärts fand man unter der Schleimhaut bedeutende Blutextravasate, von de-

ren wahrscheinlicher Ursache und in anderen Fällen beobachteten Folgen wir weiter unten sprechen wollen.

Das Pankreas schien uns dichter und derber zu seyn, war aber frei von jeder Entzündung.

Magen. Die in demselben enthaltene Flüssigkeit bietet nichts Auffallendes. Auf der inneren Fläche bemerkt man zahlreiche, halbkugelförmige Erhabenheiten von Kreutzer- bis Guldengrösse; auf der äusseren Fläche ist an den entsprechenden Stellen gar nichts wahrzunehmen. Die jene Hervorragungen überziehende Schleimhaut zeigte keine Veränderung. Beim Einschnitte entleert sich dickflüssiger, gelblicher Eiter, welcher zwischen Schleimhaut und Muskelschicht abgelagert ist, ohne dass jedoch diese Häute sich im mindesten verändert zeigen. Man kann keine Spur von Entzündungsprodukt in dem umliegenden Gewebe entdecken und eben so wenig eine Vene in dieselben einmünden sehen. Ich habe in den mir zu Gebote stehenden Handbüchern nirgends eine ähnliche Beobachtung an dem Magen verzeichnet gefunden. Was Canstatt im Allgemeinen von einer Art der bei Phlebitis vorkommenden Eiterablagerungen sagt, passt auf unseren Fall. — Es heisst Bd. IV., 1, pag. 227: „Man findet in der Umgebung dieser Eiterheerde so wenig Spuren vorhergegangener Entzündung, dass man die Existenz dieser selbst in Zweifel zog und eine einfache Präcipitation des Eiters aus dem Blute annahm. Die Abscesse sehen oft aus, als habe sich der Eiter mechanisch eine Höhle in dem ringsum unveränderten Parenchym gegraben.“ —

Die Entzündung der Pfortader war also hier offenbar das primäre Leiden, und die Peritonaeitis erst in Folge derselben entstanden, was der ursprüngliche Sitz der Schmerzen, ihre allmähliche Ausbreitung über den Unterleib, was die Schüttelfröste, welche zwar einzeln auch bei Bauchfellentzündung vorzukommen pflegen, doch nie in solcher Regelmässigkeit sich wiederholen, was endlich der ganze Krankheitsverlauf bei näherer Betrachtung beweist.

Das Individuum war früher stets gesund und kräftig. Die auffindbaren Gelegenheitsursachen sind heftige Erkältung, der er bei seiner Beschäftigung stets ausgesetzt war, und der Genuss geistiger Getränke, der wenn auch relativ d. h. im Vergleiche mit anderen seines Gewerbes gering, doch jedenfalls nicht unbedeutend war. Baczynski, welcher die von Schönlein beobachteten Fälle in einer Dissertation bekannt gemacht hat, hebt vorzüglich die spirituösen Getränke als Ursache der Pfortaderentzündung hervor freilich ohne den Zusammenhang näher zu begründen. Die Ursachen, welche Dufresne angibt, als warme Getränke, Thee, Kaffee, Gewürze, drastische Purgirmittel etc. würden sich wohl bei allen Menschen nachweisen lassen und die Pfortaderentzündung müsste eine unserer häufigsten Krankheiten sein. — In den meisten bis jetzt beobachteten Fällen ist sie auf secundäre Art entstanden, indem Krankheiten der benachbarten Organe sie hervorbrachten. So schien in dem einen Falle Schönlein's ein Abscess in die Pfortader sich geöffnet zu haben, in

einem andern, welchen Dance beschreibt, hatte sich ein Geschwür in die *vena mesaraica* entleert. Auch mechanische Ursachen haben die Entzündung veranlasst; so erzählt Lambron einen Fall, in welchem eine Fischgräte durch die Haut des Magens in der Gegend des *pylorus* und durch den Kopf des *pancreas* in die *vena mesenterica superior* gedrungen war und diese sammt der Pfortader in Entzündung versetzt hatte. Interessant ist die Beobachtung Cruveilhier's, dass bei mehreren Thieren, denen er die beiden *nervos vagos* durchschnitten, alle Lebervenen durch coagulirtes Blut obliterirt waren.

In unserem Falle waren die Verzweigungen der Pfortader in der Leber, sowie die *vena lienalis* und *vena mesaraica* mitentzündet, wie auch fast in allen Fällen erwähnt wird, dass sowohl die Venen, welche die Pfortader bilden, als auch die Verästelungen derselben in der Leber mit an dem Prozesse theilgenommen haben; höchst selten möchten die Fälle sein, in welchen die Entzündung im engsten Sinne auf den Stamm der Pfortader beschränkt wäre. Es dürfte mitunter auch sehr schwierig sein, zu bestimmen, welchen Weg die Entzündung genommen habe. In unserem Falle waren alle Produkte der Entzündung gerade am Stamme der Pfortader am stärksten ausgebildet, wie in dem Sektionsbefund schon oben gezeigt wurde, und ferner entsprach die Stelle, wo der Schmerz seinen Anfang genommen hatte, genau der Lage der Pfortader. Die pathologischen Veränderungen, welche

die Pfortader in den verschiedenen Fällen erlitten hatte, waren zum Theil nach der Dauer der Krankheit, zum Theil nach der Art der Entzündung verschieden, ebenso die Veränderungen in der Leber. Eine Zusammenstellung dieser Variationen findet man in dem Werke Puchelt's. Das Volumen der Leber war wohl in allen Fällen vergrössert durch Abscesse und Ausdehnung der Pfortaderzweige; doch dürfte diese Vergrösserung nur in den wenigsten Fällen so bedeutend gewesen sein, dass sie sich durch die physikalische Untersuchung hätte ermitteln lassen.

Ikterus war in mehreren Fällen beobachtet worden, doch in unserem hatte er gänzlich gemangelt. Die Faeces waren immer gefärbt und der Urin war zu wiederholten Malen auf Gallenfarbstoff untersucht worden.

Vergrösserung der Milz, welche sich in unserem Falle so bedeutend fand, ist in den meisten Fällen beobachtet und von Schönlein als pathognomonisches Kennzeichen aufgeführt worden. Ihre Erklärung findet sie leicht in dem gehemmten Rückflusse des Blutes, bietet aber keinen besonderen Anhaltspunkt zur Diagnose der Krankheit, da ja bei *febris intermittens* und *typhus* die Vergrösserung ebenso stark, und die Pfortaderentzündung in ihren verschiedenen Stadien mit diesen beiden Krankheiten verwechselt werden kann. Ascites, der einige Male beobachtet wurde, fehlte in unserem Falle, aber auch in anderen; ebenso das Oedem der unteren Extremi-

täten, von deren Ursache das oben Gesagte gilt. Dem gehemmten Rückfluss des Blutes dürften nach meiner Ansicht auch die in den meisten Fällen, wie in dem unsrigen erwähnten wässrigen Darmausleerungen zuzuschreiben sein; indem, wenn der Rückfluss des Blutes sistirt ist, zuerst eine Durchschwitzung der serösen Theile des Blutes stattfindet und erst später Extravasate unter die Darmschleimhaut oder Ergiessungen von Blut in den Darm selbst eintreten. Letztere finden sich in verschiedenen Fällen verzeichnet, das Extravasat unter die Schleimhaut nur in unserem. Die oben angegebene Erklärung dieser Erscheinung dürfte ziemlich viel Wahrscheinlichkeit für sich haben. Auf eine andere Erscheinung legte Schönlein viel Gewicht und betrachtete sie eine Zeit lang als das hauptsächlichste, diagnostische Kennzeichen; es ist dies eine bedeutende Ausdehnung der *vv. epigastricae* und *hypogastricae*. Dr. Waller hat sie in mehreren Fällen nie bemerkt, auch bei uns hat sie gefehlt. Eiterheerde zwischen den Magenwandungen stehen, wie schon oben erwähnt, in unserem Falle ganz vereinzelt da.

Nachdem wir nun die bei der Nekropsie unseres und auch anderer Fälle am häufigsten vorgekommenen Veränderungen näher betrachtet haben, wollen wir auch die Erscheinungen am Lebenden, besonders in soferne sie uns als Anhaltpunkte zur Diagnose dienen können, einer kurzen Betrachtung unterwerfen.

Die Haut bietet wenig eigenthümliches, indem sie bald sehr trocken, bald stark schwitzend gefunden wurde; einige Male traten Miliarien, ein andermal Petechien auf. In unserem Falle wechselte die normale Hauttemperatur mit starker Brennhitze während der Fieberfröste und darauf folgenden starken Schweissen; im letzten Stadium war sie stets sehr trocken, rauh anzufühlen.

Die Schüttelfröste verhalten sich zur Entzündung der Pfortader, wie zur Entzündung jeder andern Vene. Sie fehlen selten. In unserem Falle zeichneten sie sich durch ihre Häufigkeit, durch die Regelmässigkeit ihres Auftretens und endlich auch durch grosse Heftigkeit aus. Auffallend war, wie schon oben erwähnt wurde, die theilweise gänzliche Intermission des Fiebers. In dem späteren Stadium hatte dasselbe den sogenannten nervösen Charakter.

Der Schmerz, schon von Schönlein als Hauptsymptom angegeben, ist die constanteste Erscheinung, nur in einem von Dr. Waller beschriebenen Falle soll er gefehlt haben. Der Sitz desselben war freilich nach den einzelnen Fällen verschieden; doch ist ja auch der Ausgangspunkt der Entzündung, wie oben angegeben, nicht immer die Pfortader selbst gewesen und man kann mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass in einem Falle von wirklicher, primärer Entzündung des Pfortaderstammes auch der Sitz des Schmerzes der Lage der Pfortader entsprechen müsse; doch muss

man wiederholt und genau untersuchen, um sich vor Täuschungen zu hüten. Erbrechen wird auch von Balling und Schönlein angegeben, ebenso von Waller. Letzterer leitet es von *encephalitis* oder Druck der Leber her; in unserem Falle war es gewiss eine Folge der secundären Peritonaeitis. Die physikalische Untersuchung wird erst in späteren Verlaufe der Krankheit die um die Pfortader abgelagerten Entzündungsprodukte, oder wie in unserem das durch die secundäre Peritonaeitis gesetzte Exsudat nachweisen.

Eine Diagnose der oft genannten Krankheit wird nie aus einem einzigen Symptome gemacht werden können, da keines derselben in jedem Falle auftritt oder dieser Krankheit eigenthümlich ist; es wird jeder Zeit einer genauen Prüfung und sorgfältigen Combination bedürfen. Schmerz an der bezeichneten Stelle, Erscheinungen von Stockungen des Blutes in der Pfortader, welche sich ja auf ganz verschiedene Weise, wie wir oben gesehen haben, nämlich als Diarrhöen, als Oedem, als Ascites, als Anschwellung der Milz, als Anfüllung einzelner sichtbarer Venen äussern können, und endlich die Schüttelfröste, als häufigste Begleiter von Venenentzündung, werden als Anhaltspunkte dienen. Ein Irrthum in der ersten Zeit des Krankheitsverlaufes wird besonders solchen, welche sie noch nie beobachtet haben, leicht verziehen werden können. Leider wird selbst eine frühzeitige Diagnose immer eine verspätete seyn, was die Möglichkeit einer er-

folgreichen Behandlung betrifft, denn das beständigste Symptom, der Schmerz berechtigt für sich allein durchaus nicht zur Annahme einer Pfortaderentzündung, indem derselbe bei Leberkrankheiten, bei den verschiedensten Krankheiten des Magens, ja ganz gewöhnlich bei Hysterie an derselben Stelle vorzukommen pflegt. Die Erscheinungen von Hindernissen in der Pfortader werden nicht so rasch auftreten und dann bald von Schüttelfrösten begleitet seyn, mit deren Auftreten ja nach der allgemeinen Annahme schon eitriges Exsudat gesetzt ist; und wie selten dann noch Heilung einzutreten pflegt, wenn in grösseren Venenstämmen Eiter abgelagert ist, brauche ich hier nicht hervorzuheben.

Die Behandlung müsste natürlich im ersten Zeitraum eine streng antiphlogistische seyn.